N° 68

# ESSAI

SUR

# L'ENCÉPHALOPATHIE

## RHUMATISMALE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 23 Juillet 1898**

PAR

**A. DORCHE**

Né à Gap (Hautes-Alpes), le 11 juillet 1873

EXTERNE DES HOPITAUX (CONCOURS 1896)

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

ANCIEN HÔTEL DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

1898

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Hygiène . . . . . | MM. BERTIN-SANS. |
| Id. RAUZIER (Ch. du c.) | |
| Clinique médicale . . . . . | GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale . . . . . | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol. . . . . | GRYNFELTT. |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale . . . . . | IMBERT |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique . . . . . | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . . | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne . . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie . . . . . | GILIS. |
| Opérations et appareils . . . . . | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | N... |
| Id. Bosc (Ch. du c.) | |

*Doyen honoraire :* M. MAIRET (✻).
*Professeurs honoraires:* MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻)

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Accouchements . . . . . | MM. PUECH, agrégé. |
| Clinique ann des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | ESPAGNE, agr. lib. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. BROUSSE | MM. MOITESSIER | MM. VALLOIS |
| LECERCLE | BOSC | MOURET |
| RAUZIER | DE ROUVILLE | DELEZENNE |
| LAPEYRE | PUECH | GALAVIELLE |

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. CARRIEU, *président.* | MM. BROUSSE, *agrégé.* |
| DUCAMP, *professeur.* | RAUZIER, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A M. A. BERGNIAC

ANCIEN INGÉNIEUR DE LA COMPAGNIE DES CHEMINS DE FER DE L'EST

A M^ME^ BERGNIAC

A. DORCHE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARRIEU

A. DORCHE.

# AVANT-PROPOS

Pendant que nous suivions le service de M. le professeur Carrieu, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'encéphalopathie rhumatismale. La rareté du fait le rendait par cela même intéressant ; aussi, sur la proposition de notre Maître, n'avons-nous pas hésité à en faire le sujet d'une thèse que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de nos juges. Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé la question et, en particulier, d'avoir résolu le problème si difficile de la pathogénie de cette affection. Nous nous sommes contenté d'exposer les faits connus jusqu'ici et ceux que nous avons pu observer nous-même. Nous prenons la liberté de rapporter, à côté de notre observation personnelle, deux observations remarquables de rhumatisme cérébral, publiées par M. le professeur Carrieu.

Nous avons divisé notre modeste travail en cinq chapitres : le *premier*, est consacré à l'historique ; dans le *deuxième*, nous passons rapidement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie et les symptômes du rhumatisme cérébral ; dans le *troisième*, nous exposons les formes clini-

ques, nos observations et nous essayons d'établir le diagnostic et le pronostic. Le traitement fera, enfin, l'objet d'un *quatrième* et dernier chapitre.

Avant de quitter les bancs de cette école, nous tenons à adresser nos remerciements les plus sincères à tous les professeurs qui nous ont prodigué leur enseignement et, en particulier, à M. le professeur Carrieu, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et à MM. les professeurs Grynfeltt et Tédenat, chez qui nous avons eu l'honneur d'être externe.

# ESSAI

SUR

# L'ENCÉPHALOPATHIE

## RHUMATISMALE

---

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Les déterminations encéphaliques du rhumatisme sont connues depuis fort longtemps, depuis l'étude scientifique du rhumatisme lui-même.

Mais, en parcourant les auteurs du XVIII[e] siècle et du commencement du XIX[e], on s'aperçoit que la question est à peine ébauchée et aucun ouvrage ne lui consacre un chapitre spécial. Sydenham est le premier qui en fasse mention et, après lui, Boerhaave, van Swieten, parlent de douleurs de tête, de délire survenant quelquefois dans le cours du rhumatisme. Stork, Stoll, Hoffmann et plusieurs autres médecins du XVIII[e] siècle ont relaté des faits de ce genre, dont l'authenticité ne peut être mise en doute. J. Guérin, dans une thèse soutenue à Montpellier en 1807, signale, incidemment, une observation sous la rubrique d'apoplexie rhumatismale et il attribue la mort de son

malade à « l'humeur rhumatismale qui s'est jetée sur l'organe encéphalique ».

Chomel, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu (1837), attire l'attention sur la méningite rhumatismale et il décrit, d'après Requin, l'observation du docteur Leloutre, qui « tomba, peu de jours après l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu, dans un état comateux et apoplectiforme qui l'emporta rapidement ».

Bouillaud ne nie pas ces localisations de la maladie sur les méninges, mais il les croit excessivement rares : « Pour moi, dit-il, depuis sept à huit ans, je n'ai rencontré, ni à l'hôpital, ni dans la ville, aucun cas de cette redoutable coïncidence de méningite cérébrale avec un rhumatisme articulaire aigu ».

Comme on peut le voir, par l'exposé précédent, la question était encore en germe quand parut, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1845, l'article de Hervez de Chégoin, remarquable par sa précision et où le terme de *rhumatisme cérébral* fut employé pour la première fois. L'auteur y rapporte trois observations qui, par un heureux hasard, représentaient chacune une forme spéciale d'encéphalopathie rhumatismale et il termine par ces mots : « Je n'ai pas la prétention de couler à fond cette question.... Il faudra, pour remplir cette tâche, des observations plus multipliées et plus complètes ».

Dès lors, la voie était ouverte, l'attention attirée sur ce point. En 1850, à l'occasion d'une observation de « méningite rhumatismale », recueillie par Gosset dans le service de Requin, la question fut, à la Société médicale des hôpitaux, le sujet d'une série de remarquables discussions. A cette même occasion, H. Bourdon fait paraître une note où il déclare que les accidents cérébraux du rhumatisme sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement.

Bientôt, en 1853, la question est reprise par Vigla, qui cite six observations nouvelles et admet trois formes de rhuma-

tisme cérébral : délirante simple, méningitique, apoplectique. Dans les années suivantes, des observations particulières arrivent de tous côtés et Mesnet, Archambault, etc., publient des cas de folie rhumatismale.

En 1857, discussion nouvelle à la Société des hôpitaux. Gubler, dans un important mémoire, fait une revue de la question et propose une nouvelle forme, la céphalée rhumatismale. Dans un rapport sur ce mémoire, G. Sée revient sur le sujet et en développe les conditions pathogéniques. Cinq ans après (1862), paraît la remarquable thèse de Girard, où l'on trouve de longues indications bibliographiques. Trousseau enfin, dans ses cliniques, lui consacre un chapitre spécial.

Désormais, la question était à l'ordre du jour et, en 1863, l'Académie proposa pour sujet de prix « les complications qui peuvent se présenter du côté des centres nerveux, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ». Le prix fut décerné au mémoire d'Ollivier et Ranvier, qui ont fait faire un grand pas à la question, surtout au point de vue anatomo-pathologique.

En 1866, B. Ball fait sa thèse d'agrégation sur le rhumatisme viscéral et il s'étend longuement sur les déterminations nerveuses de cette maladie.

Dès lors, tous les traités classiques lui accordent un important développement. B. Ball en fait l'objet de deux leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu.

Mais un nouveau côté de la question ne tardait pas à surgir : l'application du thermomètre aux sciences médicales démontrait que, le plus souvent, le rhumatisme cérébral est accompagné d'une grande élévation de température, le terme de rhumatisme hyperpyrétique est créé et la balnéothérapie domine la thérapeutique de cette affection. A cette phase se rattachent les noms de Sydney Ringer, Wilson Fox, en Angleterre, et, chez nous, de Maurice Raynaud, Féréol, Blachez.

La plupart des travaux qui paraissent les années suivantes

ont trait à la nouvelle méthode thérapeutique. On rencontre cependant encore quelques thèses et mémoires d'ensemble sur le sujet, les thèses de Mareschal (Paris, 1876), de Debricon (Paris, 1881), de Rocheblave (Montpellier, 1885).

A la même époque, M. le professeur Carrieu fait paraître, dans la *Gazette médicale* de Montpellier, une observation documentée et intéressante que nous rapportons dans notre travail. Mentionnons enfin les excellents articles de Besnier (*Dictionnaire* de Dechambre) et de Homolle (*Dictionnaire* de Jaccoud).

Depuis lors, la question, bien que développée dans tous les manuels et traités de médecine, semble n'avoir pas fait de progrès. Dans ces dernières années, il est vrai, le rhumatisme cérébral est devenu d'une rareté extrême et on en trouve à peine quelques observations éparses dans les périodiques.

Cependant, sous l'influence des découvertes bactériologiques modernes, la pathogénie de cette affection aurait dû être éclairée d'un jour tout nouveau. Si, en effet, la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu était chose certaine, rien ne serait plus légitime que d'en attribuer les accidents cérébraux à un microbe ou à ses toxines. La question est malheureusement loin d'être résolue et demande de nouvelles recherches.

# CHAPITRE II

## ETIOLOGIE

« Le rhumatisme n'éveille pas volontiers les sympathies cérébrales », disait Trousseau en 1865. Cette proposition peut être considérée comme l'expression de la vérité dans la généralité des cas. Cependant la fréquence de l'encéphalopathie rhumatismale varie beaucoup suivant les milieux et les époques d'observation. Vigla, à la Maison municipale de santé, l'observe dans 7 p. 100 des cas de rhumatisme ; Besnier donne une moyenne de 3 à 4 p. 100 dans les hôpitaux de Paris. Depuis dix ou onze ans cette affection est devenue très rare et les statistiques précédentes sont certainement trop fortes. Aux hôpitaux de Montpellier, où l'on reçoit chaque année beaucoup de rhumatisants, les accidents cérébraux sont exceptionnels.

Certaines conditions individuelles exercent une action incontestable. C'est de 20 à 30 ans que la fréquence est la plus marquée, les hommes sont plus exposés que les femmes. En compulsant un grand nombre d'observations nous avons remarqué que l'élément militaire paye un large tribut au rhumatisme cérébral, probablement à cause du surmenage professionnel. Les fatigues intellectuelles et morales, qui font du cerveau le point faible de l'organisme, y prédisposent singulièrement. Les habitudes alcooliques sont notées très souvent.

Les antécédents névropathiques, soit héréditaires, soit per-

sonnels, les lésions cérébrales antérieures sont assurément la condition favorisante la plus puissante.

Les antécédents nerveux étaient nuls ou peu nets chez les malades de nos deux premières observations. La malade de l'observation III était très nerveuse, sinon hystérique, et en outre avait eu auparavant une attaque, suivie d'hémiplégie.

De plus, certaines conditions, inhérentes à la maladie elle-même, sembleraient aider à l'explosion des accidents. C'est ainsi qu'il est des rhumatismes plus infectants que d'habitude, se traduisant par une hyperthermie considérable, des cardiopathies très accentuées et des lésions pulmonaires : c'est dans ces cas qu'apparaissent de préférence les symptômes cérébraux.

Mais il existe de nombreuses observations, et nos deux dernières en font partie, où l'état général n'était pas mauvais et où le thermomètre n'accusait qu'une faible élévation de température ou même une température normale.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis les travaux d'Ollivier et Ranvier et la thèse d'agrégation de B. Ball, ce sujet n'a fait aucun progrès. C'est d'après ces auteurs que nous allons décrire sommairement les lésions trouvées à l'autopsie.

Sur une statistique de 32 cas, résultat des recherches de B. Ball, le cerveau et ses membranes ont été trouvés tantôt indemnes, tantôt légèrement injectés, tantôt exsangues et pâles. Trois fois il y avait des signes de méningite et dans 4 cas on trouvait un épanchement considérable de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans les ventricules,

deux de ces cas se rapportant à la folie rhumatismale et deux autres à la forme apoplectique.

Ollivier et Ranvier établissent trois catégories de faits : dans la première ils n'ont rencontré aucune altération, dans la troisième ils n'ont vu que des lésions de méningite vulgaire. La deuxième catégorie, la plus importante, s'observe dans les formes apoplectique et méningitique. Les lésions sont caractérisées par la réplétion des sinus de la dure-mère, la congestion de l'arachnoïde, de la pie-mère et de la substance cérébrale elle-même et des épanchements, dans les ventricules, d'une sérosité opaline tenant en suspension des cellules épithéliales. « Les altérations que subissent les méninges dans l'encéphalopathie rhumatismale paraissent être de même nature que celles des articulations. » (Ollivier et Ranvier).

Dans notre observation I où l'autopsie a été pratiquée, il y avait de la congestion, un épanchement sous-arachnoïdien assez abondant et de l'œdème de la protubérance et du bulbe.

En somme, rien de bien caractéristique dans ces altérations des centres nerveux. L'examen histologique n'a pas donné de résultats plus appréciables.

## PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'encéphalopathie rhumatismale est la partie la plus controversée de la question. Nous examinerons successivement les théories les plus importantes qui ont été émises sur le sujet.

*Métastase.* — Cette théorie est fondée sur ce fait que, fréquemment, les douleurs articulaires disparaissent lorsque les accidents cérébraux se déclarent. Il est certain que, dans beau-

coup d'observations, ce fait a été remarqué ; mais il est aisé d'en donner l'explication. Sous l'influence du délire, les sensations périphériques ne sont plus perçues ou le sont à un très faible degré. Il n'est donc pas étonnant que les malades se lèvent et marchent comme si leurs jointures étaient absolument saines. Mais qu'on examine ces articulations et l'on verra que le gonflement et la rougeur n'ont pas disparu.

A cet égard, rien de plus concluant que les travaux d'Ollivier et Ranvier : « Si, dans le cours des accidents cérébraux, les douleurs disparaissent souvent, il n'en est pas de même des lésions articulaires ; par exemple dans notre observation — nous pourrions citer bon nombre d'autres cas semblables — on voit que les douleurs disparurent peu de temps après le début des phénomènes cérébraux et, pourtant, nous avons trouvé à l'autopsie une congestion de la synoviale et un épanchement articulaire qui auraient dû donner lieu à de véritables douleurs.

L'observation I ne fait que corroborer cette manière de voir. D'ailleurs, dans bon nombre d'autres délires, dans le délire traumatique en particulier, ne voit-on pas des blessés enlever leurs appareils et marcher comme s'ils n'avaient aucune blessure? Et, cependant, l'on ne peut dire, dans ce cas, que la lésion a disparu pour se porter vers l'encéphale.

*Hyperthermie.* — Certains auteurs, et en particulier les auteurs anglais, ont trouvé dans l'hyperthermie la condition suffisante des manifestations cérébrales du rhumatisme et ils ont invoqué, à l'appui de leur opinion, deux ordres de faits: « Tout d'abord, disaient-ils, l'apparition des accidents cérébraux coïncide avec une élévation de température considérable ; de plus, ajoutaient-ils, la médication réfrigérante réussit souvent à enrayer ces accidents, et ils voyaient, dans ce résultat thérapeutique, comme une vérification de leur théorie. »

Cette opinion fut accueillie avec faveur, au point que rhuma-

tisme hyperpyrétique devint synonyme de rhumatisme cérébral.

On ne peut certes nier la part de vérité que contient cette façon de penser, du moins quant à l'observation des faits. Souvent, en effet, l'hyperthermie accompagne ou précède l'encéphalopathie rhumatismale. Mais que de cas où la température était trop peu élevée pour donner lieu à du délire ! que d'observations aussi où la fièvre était nulle ! D'autre part, des rhumatismes ont pu évoluer avec des températures dépassant 40° sans s'accompagner jamais d'accidents cérébraux.

La première de nos observations serait en faveur de la théorie hyperpyrétique ; dans la seconde, le thermomètre n'a pas dépassé 39° 3 et, dans la troisième, il n'y avait pas de fièvre.

Nous ne pouvons donc considérer l'hyperthermie comme le principe, la cause première du délire dans le rhumatisme. Qu'elle puisse contribuer à en augmenter l'intensité, nous ne voulons pas le nier ; il n'en est pas moins vrai qu'elle n'est qu'un symptôme dans le cours d'un état général.

Quant à l'influence des bains froids, leur mode d'action dans les pyrexies est encore trop discuté pour qu'on puisse en faire un argument.

*Cardiopathies.* — La fréquence des cardiopathies dans le cours du rhumatisme, et en particulier du rhumatisme cérébral, avait porté certains auteurs à leur attribuer la genèse des troubles encéphaliques. Et leur opinion semblait légitimée par ce fait que des observations de folie cardiaque avaient été rapportées et que l'on avait signalé la fréquence des cardiopathies chez les aliénés (1). Le mode d'action des affections

(1) Hirtz (Thèse de Paris, 1877). Limbo (Th. de Paris, 1878). Bignon (Th. de Paris, 1880). D'Astros (Th. de Paris, 1881). Legrand du Saulle (*Gazette des Hôpitaux*, 1886).

cardiaques sur le cerveau était interprété de différentes façons : pour les uns, il s'agissait d'un réflexe par la voie du pneumogastrique et du sympathique ; pour les autres, il y avait trouble de la circulation cérébrale, anémie dans les lésions aortiques, stase veineuse dans les lésions mitrales ; dans d'autres cas, enfin, une embolie, partie de végétations ou d'ulcérations valvulaires, pouvait expliquer les phénomènes observés.

En compulsant les observations, où les lésions cardiaques avaient été notées, nous avons pu nous rendre compte que, sur 66 cas, 24 fois il n'y avait rien ni au cœur, ni au péricarde. D'autre part, on nous parle de réflexe, de congestion, d'anémie, explications qui sont loin de satisfaire l'esprit.

Il est cependant des circonstances où l'influence de la cardiopathie est indéniable. Dans l'observation III, la malade, qui en fait l'objet, fut frappée, dans une première attaque de rhumatisme d'hémiplégie gauche avec agitation, délire. Il s'agissait certainement d'une embolie partie du cœur malade. Dans notre observation II, bien que la lésion cardiaque parût profonde, elle ne suffit point à interpréter d'une façon satisfaisante les phénomènes cérébraux, essentiellement diffus, qu'a présentés le sujet.

En somme, tout en admettant que les cardiopathies puissent avoir une influence sur la marche des accidents du côté de l'encéphale, nous ne saurions les considérer comme en étant la condition suffisante.

*Médication.* — Comme dans beaucoup d'autres circonstances, on a essayé d'incriminer les médicaments employés. Du temps de Trousseau, deux médications se partageaient la faveur des médecins : les uns en tenaient pour la saignée ; les autres, avec Trousseau, étaient partisans de la quinine. Naturellement, le camp des « saigneurs » accusait la quinine, et le camp des « quiniseurs » accusait la saignée. Nous ne reviendrons pas

sur ces débats auxquels Trousseau, lui-même, a mis fin en faisant du rhumatisme cérébral une névrose spéciale qui n'avait rien à voir avec tel ou tel mode de traitement.

Depuis que l'usage du salicylate de soude s'est répandu et qu'il est employé par la majeure partie des médecins, il s'est trouvé des critiques pour le rendre responsable de l'encéphalopathie rhumatismale.

Nous ne nous attarderons pas sur cette question ; nous nous contenterons de signaler que, dans nos observations II et III, la médication avait été suspendue plusieurs jours avant l'apparition des accidents. Nous nous permettrons aussi de faire remarquer et de nous étonner de ce que, la médication salicylée étant si répandue, le rhumatisme cérébral ne soit pas devenu plus fréquent et que le nombre des cas ait, au contraire, diminué d'une façon extraordinaire. L'opinion de Trousseau reste donc absolument vraie, la thérapeutique, quelle qu'elle soit, est incapable, à elle seule, de créer cette affection.

Nous reconnaissons cependant que le salicylate peut favoriser la congestion de l'encéphale et qu'il faut le supprimer dès l'apparition des accidents sur lesquels il pourrait avoir une influence néfaste.

*Théorie infectieuse.* — Elle est fondée sur trois ordres de faits : cliniques, anatomiques et bactériologiques.

On a signalé des cas de contagion et d'épidémicité de rhumatisme articulaire aigu. De plus, l'évolution et les symptômes de cette maladie rappellent ceux des maladies infectieuses. — On trouve dans les articulations des lésions congestives avec épanchement, semblables à celles que l'on rencontre dans d'autres arthrites dont la nature microbienne est indéniable. Les lésions des méninges ne diffèrent pas de celles des articulations. Enfin, dans certains cas, l'examen bactériologique

a révélé dans les articulations et les enveloppes du cerveau des microbes de différente nature. En 1891, M. Achalme a rencontré dans le sang et le liquide céphalo-rachidien d'individus morts de rhumatisme un bacille spécial, anaérobie, rappelant par sa forme le B. anthracis ; cet auteur a pu en faire des cultures, mais l'injection aux animaux n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. MM. Bouchard et Charrin, en examinant et cultivant la sérosité articulaire de 11 rhumatisants, ont trouvé 9 fois le *staphylocoque blanc*.

Enfin, récemment (*Presse méd.*, 1896), M. Carrière a découvert dans les méninges d'un individu mort de rhumatisme cérébral le *staphylococcus cereus albus*.

Il semble que ces raisons soient suffisantes pour admettre la nature infectieuse du rhumatisme. Mais on peut se demander si les complications viscérales ne seraient pas le fait d'infections secondaires causées par des microbes vulgaires, staphylocoques surtout.

On pourrait donc définir le rhumatisme, une maladie générale, infectieuse, à localisation surtout articulaire, généralement bénigne, mais pouvant, dans certains cas, affecter des allures plus sévères et se traduire alors par de l'hyperpyrexie, des déterminations cardiaques et, quelquefois, des déterminations sur l'encéphale et sur ses enveloppes.

### Epoque d'apparition des accidents

Trousseau pensait que le rhumatisme pouvait, quelquefois, frapper l'encéphale avant de s'attaquer aux articulations. On ne peut nier l'opinion de ce maître ; mais, si le fait existe, il est excessivement rare. Il est certain, d'autre part, que l'encéphalopathie peut survenir en pleine convalescence. L'observation III en fait foi ; les accidents cérébraux ne se sont montrés

qu'après la disparition des douleurs articulaires, alors que la malade se levait depuis plusieurs jours. Nous avons, à ce propos, fait une petite statistique basée sur 68 cas, et nous en donnons le résultat :

| Epoque d'apparition | Nombre de cas |
|---|---|
| 1re semaine | 16 |
| 2e — | 23 |
| 3e — | 19 |
| 4e — | 5 |
| 5e — | 2 |
| 6e — | 2 |
| 7e — | 1 |

Dans l'observation première, les accidents sont survenus au début de la deuxième semaine ; dans l'observation II, dans le courant de la sixième ; et dans l'observation III, à la fin de la deuxième semaine.

Le plus souvent c'est dans une première attaque qu'apparaissent les symptômes cérébraux ; dans certains cas, c'est dans une deuxième, une troisième et même après plusieurs attaques qu'ils éclatent. Nos trois observations rentrent dans cette catégorie.

## SYMPTOMATOLOGIE

L'encéphalopathie rhumatismale débute fréquemment sans aucun avertissement. Les auteurs ont cependant noté dans un certain nombre de cas (57 fois sur 127 d'après Ollivier et Ranvier) des prodromes qu'il est bon de connaître, afin de pouvoir dépister et prévenir, s'il est possible, cette redoutable complication. Tantôt c'est un changement de caractère, un sentiment d'inquiétude, de crainte, des rêvasseries pendant la

nuit, une céphalée tenace, occipitale ou frontale, du vertige, de l'insomnie ; d'autres fois c'est une élévation brusque de la température, une disparition soudaine des douleurs articulaires. Enfin on a signalé aussi des éruptions miliaires et des sueurs profuses : c'est ce qui s'est produit chez le malade de notre observation II dont le délire a été précédé de sueurs très abondantes.

Une fois déclarée, la maladie présente un certain nombre de symptômes que nous allons passer en revue.

*Céphalée.* — Notée par bon nombre d'auteurs, elle ne s'est pas rencontrée dans les observations que nous rapportons. Quand elle existe, elle survient le plus souvent dès le début : elle est fixe ou intermittente et semble entourer la tête à la manière d'un bandeau. Elle s'accompagne quelquefois de bourdonnements d'oreilles, de photophobie. En somme, elle ne présente rien de bien particulier. Cependant Gubler (*Archives de médecine,* 1857) avait songé à en faire une forme spéciale de rhumatisme cérébral.

*Vomissements.* — Ils sont très rares, même dans la forme dite méningitique et lorsqu'ils ont été notés on les a attribués à une intoxication médicamenteuse.

La constipation n'a rien d'extraordinaire, étant donnée sa fréquence dans le rhumatisme articulaire aigu.

*Délire.* — C'est le symptôme le plus important et le plus constant que l'on rencontre. Ses caractères sont variables suivant la forme et l'évolution de la maladie. Survenant quelquefois dès le début ou dans le cours du rhumatisme, il n'apparaît dans d'autres cas que vers le déclin, en pleine convalescence.

Intermittent tout d'abord, il ne se montre que pendant la nuit et se présente plutôt sous la forme de rêvasseries qui n'ont rien de caractéristique ; puis il devient continu.

D'autres fois, et nous pouvons dire le plus souvent, il apparaît brusquement, sans prodromes et revêt d'emblée ses caractères propres.

Tantôt c'est un délire furieux rappelant en intensité celui des alcooliques. Le malade se lève de son lit, loquace, extrêmement agité, et ne peut être maintenu qu'à grand'peine.

D'autres fois c'est un délire calme, monotone, semblable en tous points à celui des maladies infectieuses aiguës. On peut observer aussi des alternatives d'excitation et de dépression ; c'est ce qui se produit le plus fréquemment.

Il est enfin un délire de nature spéciale qui survient dans la forme dite chronique de la maladie et que l'on a étudié sous le nom de *folie rhumatismale*. C'est un délire dépressif, mélancolique, accompagné souvent d'hallucinations de la vue, de l'ouïe et des autres sens, aboutissant quelquefois à un affaiblissement des facultés intellectuelles et entrecoupé parfois de poussées aiguës.

Nous aurons à y revenir lorsque nous étudierons les formes cliniques du rhumatisme cérébral.

*Coma.* — Le coma succède au délire et alterne avec lui ou bien apparaît d'emblée. C'est à cette dernière forme qu'on a donné le nom d'apoplexie rhumatismale. Il est en général profond, les malades sont insensibles à tout ce qui les environne, la face est cyanosée, la pupille dilatée ou rétrécie, le pouls petit et fréquent. C'est la période ultime de la maladie annonçant une mort presque certaine et à brève échéance.

*Convulsions.* — On a noté rarement les convulsions épileptiformes. Plus souvent les mouvements choréiformes, les soubresauts des tendons ont été signalés.

*Température.* — L'hyperthermie n'est pas, comme nous avons eu l'occasion de le dire plus haut, un symptôme cons-

tant du rhumatisme cérébral. Le plus souvent, il est vrai, le thermomètre atteint ou dépasse 40°; nous citons une observation où, dès le début, la température était de 40°,2 et arrivait jusqu'à 41°,4 peu de temps avant la mort. Dans nos deux autres observations il y avait peu ou pas de fièvre.

*Pouls.* — Les caractères du pouls sont difficiles à déterminer exactement, car il faut faire la part de la lésion cardiaque. On peut dire, cependant, que la courbe des pulsations est parallèle à celle de la température.

Le pouls est large et bondissant dans les périodes d'excitation, mou et dépressible dans la phase comateuse.

# CHAPITRE III

## FORMES CLINIQUES

Plusieurs classifications ont été proposées pour essayer de ranger méthodiquement les formes si variées du rhumatisme cérébral. Trousseau, par exemple, en admet six formes, selon la prédominance de tel ou tel symptôme. Mais il ne tient pas beaucoup lui-même à sa division. « Toutes ces formes, dit-il, ne sont que des modifications de l'état cérébral, et rien ne les justifie que le besoin de la description ».

Nous croyons qu'à l'exemple de Besnier, on peut adopter une classification basée sur la marche des accidents et distinguer trois formes principales : les formes suraiguë, aiguë et subaiguë ou chronique, division qui correspond à celle qui est adoptée par la plupart des auteurs.

*Forme suraiguë* (apoplexie rhumatismale de Stoll, Vigla, etc., forme apoplectique de Trousseau). — C'est une forme relativement rare. L'exemple le plus frappant en est le malade de Trousseau, qui est subitement pris de délire et meurt au bout d'un quart d'heure. Notre Observation I n'est pas moins probante ; après un peu de délire et quelques mouvements convulsifs, le malade entre dans le coma et meurt au bout de deux heures avec une température dépassant 44°. Ce qui caractérise cette forme, c'est donc surtout la soudaineté du début et la terminaison rapide par le coma et la mort.

### Observation Première

Forme suraiguë

Carrieu et Aussillioux (in *Montpellier Médical*, 1877)

Le nommé Bernard, 21 ans, soldat au 2e génie, marbrier de son état, est entré à l'Hôpital St-Eloi, le 10 Juin 1877, salle St-Lazare, n° 12, service de M. le professeur Combal.

Son père a eu des douleurs vagues, sa mère est très nerveuse ; plusieurs de ses frères ont eu des atteintes de rhumatisme.

C'est un homme d'une complexion assez robuste et d'un tempérament nervoso-sanguin.

Comme antécédents pathologiques, nous trouvons une fluxion de poitrine à 3 ans ; depuis l'âge de 8 ans, il a des douleurs articulaires plus ou moins vives, surtout l'hiver. A 17 ans, il a contracté une blennorrhagie qui n'a eu aucune influence sur les manifestations articulaires. Deux ans plus tard, nouvelle fluxion de poitrine. Il est sujet à s'enrhumer tous les hivers ; il nie toute habitude alcoolique.

Il y a deux mois, en arrivant au régiment, il avait des douleurs articulaires qui disparurent bientôt sans aucun traitement. Le 6 juin, après une marche, il prit un bain au Lez, et, à la suite, il éprouva des douleurs dans les pieds, les genoux, les jambes et les cuisses. Les articulations se tuméfièrent légèrement en même temps.

9 juin. — Les bras et les épaules se prirent ; il survint des frissons alternant avec des bouffées de chaleur ; il y avait aussi mal de tête, perte d'appétit, et tous les phénomènes d'un état fébrile au début. C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital, le 10.

Le soir, au moment de la visite, nous le trouvons avec une peau chaude, couverte de sueurs ; il accuse des douleurs dans les articulations, dont nous avons déjà parlé ; ces jointures sont rouges et tuméfiées. Langue blanche, constipation. Il tousse ; quelques râles sibilants dans la poitrine. Rien du côté du cœur, les bruits sont seulement un peu forts ; pouls large, peu résistant. — T. 39° ; P. 108. — Acide salicylique, 1 gr. 50 en 3 paquets dans du pain azyme. Bouillon ; eau vineuse.

11. — Le malade a bien dormi : les douleurs sont à peu près les mêmes comme intensité et comme siège ; la peau est moite. Pas de bruit de souffle au cœur. — T. 38°,8 ; P. 108. — Acide salicylique, 2 gr. Potage le matin ; bouillon le soir ; quart de vin ; limonade.

Soir. — Les mains sont prises ; les autres articulations sont dans le même état. — T. 39°,2 ; P. 100.

12. — A dormi un peu mieux ; moins de douleurs dans les articulations des membres inférieurs ; il sue toujours. Pas de selles depuis l'entrée. Contractions du cœur énergiques ; souffle léger, maximum à la pointe et au premier temps. — T. 38°,8 ; P. 112. — Acide salicylique, 2 gr. 50 ; le reste *ut suprà*.

Soir. — Même état. — T. 39°,4 ; P. 108.

13. — Le malade ne se trouve pas mieux, mais ne souffre pas plus que la veille. Même état du cœur. — T. 38°,8 ; P. 100. — Prescriptions *ut suprà*.

Soir. — Il a beaucoup transpiré, souffre moins dans les membres inférieurs, mais les articulations des bras et des mains sont toujours aussi douloureuses. — T. 39°,6 ; P. 96.

14. — Lorsque nous arrivons à son lit, le malade s'empresse de nous dire qu'il ne souffre plus, et, pour nous le prouver, agite vivement les membres supérieurs et inférieurs. La parole est brève, la face animée, le regard brillant ; tout indique un peu d'excitation cérébrale. Quelques légers vertiges

dans la station assise. La langue est blanche, large ; la constipation continue. La sécrétion urinaire, qui, jusqu'ici, n'avait pas été augmentée, est devenue très abondante. Au cœur, un bruit de souffle sec au premier temps et à la pointe, plus doux à la base ; impulsion brusque ; le pouls est vibrant, fréquent, la peau chaude. — T. 40°,2 ; P. 112.

M. Combal fait remarquer la discordance qui existe entre les sensations accusées par le malade et les phénomènes généraux qu'il présente. Il dit qu'on doit se méfier de la disparition subite des douleurs, coïncidant avec une élévation thermique et des symptômes d'excitation encéphalique ; il craint des accidents cérébraux et fait suspendre l'acide salicylique.

Vers onze heures, le malade est pris d'un peu de délire, puis de mouvements convulsifs avec perte de connaissance et chute de son lit. Peu de temps après, l'un de nous le trouve avec la face congestionnée, la bouche écumeuse, une insensibilité absolue ; la respiration est bruyante, le cœur bat avec violence (164 fois par minute). On applique des sinapismes sur les principales articulations. La température axillaire est de 44°,1.

A midi et demi, l'état général est toujours allé en s'aggravant. Il y a des râles trachéaux et de l'écume aux lèvres ; plus de mouvements convulsifs, la peau est toujours brûlante.

Le malade meurt à une heure. Immédiatement après la mort, le thermomètre s'élève dans l'aisselle à 44°,2.

*Autopsie*, le 15 juin (résumée).

Léger épanchement dans le péricarde, cœur hypertrophié, flasque, décoloré, pâle. Valvule mitrale tuméfiée ; quelques végétations mûriformes non ulcérées sur la face auriculaire des deux valves.

Cerveau recouvert d'un réseau serré de veines gorgées de sang noir. Liquide sous-arachnoïdien assez abondant. Centre ovale, présente à la coupe un piqueté rare ; il est luisant comme dans l'œdème cérébral. OEdème de la protubérance et du

bulbe. Les articulations présentent les lésions ordinaires d'un rhumatisme articulaire aigu intense.

*Forme aiguë* (forme méningitique). — C'est de beaucoup la plus fréquente ; cependant, comme nous n'en rapportons aucune observation, nous serons bref à son sujet.

Elle survient généralement dans le cours du deuxième ou du troisième septénaire et apparaît, soit brusquement, soit après une élévation considérable de la température, soit précédée de sueurs profuses, de céphalalgie, d'insomnie. Les malades s'agitent avec violence et font jouer les articulations, si douloureuses et si tuméfiées jadis. Le délire est tantôt loquace et furibond, tantôt calme et raisonné. Souvent on remarque des mouvements convulsifs et choréiformes. En même temps la face devient vultueuse, le pouls très fréquent. A cette période d'excitation fait suite une période de dépression où le malade est plongé dans la torpeur.

La même succession de faits peut se reproduire un certain nombre de fois et la guérison survenir ; fréquemment c'est le coma et la mort qui terminent la scène.

*Forme subaiguë ou chronique.* — Cette forme d'encéphalopathie ne se rencontre pas souvent. Elle a été décrite par Mesnier, Griesinger sous le nom de folie rhumatismale. B. Ball, Legrand du Saulle en ont fait le sujet de leçons cliniques. Nos deux dernières observations font partie de cette forme et nous allons y insister plus particulièrement.

Elle peut débuter aux différentes périodes de la maladie, mais le plus fréquemment elle apparaît au déclin ou en pleine convalescence. Dans l'observation III le délire s'est montré deux semaines après le début de la maladie, alors que les douleurs avaient disparu depuis quatre jours, et dans l'observation II, l'apparition des accidents cérébraux s'est effectuée six

semaines après les premières atteintes de rhumatisme et, ici encore, la convalescence avait commencé.

Comme le rapportent les auteurs, ce n'est pas toujours dans le cours d'une première attaque que se déclare le rhumatisme cérébral, c'est souvent après une ou plusieurs attaques qu'il survient et particulièrement la forme chronique. Ainsi, dans notre observation II, le malade en était à sa seconde attaque, et dans l'observation III, il y en avait eu plusieurs. La fièvre est généralement peu élevée ou nulle, comme nous l'avons déjà fait remarquer. En somme, il semble que la folie rhumatismale se déclare plus volontiers dans le cours du rhumatisme subaigu.

Le début se fait après quelques prodromes, sueurs profuses, animation, céphalée, inquiétude, ou bien d'une façon soudaine. C'est d'abord une période d'excitation ; le malade se lève ou veut se lever de son lit, prononce des paroles incohérentes et lutte contre plusieurs personnes. A cette phase d'agitation succède une période relativement calme où commencent à se dessiner les caractères particuliers de cette forme chronique, l'inquiétude et le mutisme. Ces alternatives d'excitation et de dépression peuvent se reproduire un certain nombre de fois et finalement s'établit un délire spécial que nous allons décrire.

Un caractère commun à la plupart des malades, c'est le mutisme dans lequel ils se plongent ; il est très difficile de les en faire sortir et quand on y réussit c'est pour obtenir des réponses sans suite et incohérentes. A cet égard notre observation II est absolument typique. Chez la malade de l'observation III, ce n'était plus un mutisme vulgaire, mais une véritable aphasie, chose qui a été rarement signalée. Un caractère non moins constant observé chez ces rhumatisants, c'est l'inquiétude, la défiance dans laquelle ils paraissent plongés ; ils détournent les yeux, baissent la tête quand on cherche à se

faire écouter d'eux. Les hallucinations sont fréquentes : ce sont des hallucinations de l'ouïe (observation II), de la vue (eau, fumée, personnes absentes). A ce tableau viennent souvent s'ajouter des idées de persécution ; les malades prétendent qu'on les torture, qu'on veut les empoisonner. De là l'abstinence à laquelle ils se condamnent volontairement : impossible de leur faire avaler ni aliments, ni médicaments, il faut employer la violence. Ils se croient morts, coupés en deux quelquefois, et c'est une raison de plus, pour eux, de ne pas s'alimenter. On a signalé, enfin, l'existence de mouvements choréiques que nous n'avons pas rencontré dans nos observations.

En somme, la forme chronique de l'encéphalopathie rhumatismale se traduit par un délire dépressif, mélancolique, avec hallucinations, entrecoupé de périodes d'excitation.

### Observation II

Personnelle

Forme chronique

Le nommé Mathieu, 22 ans, cavalier au 2e génie, cultivateur de son état, entre, le 20 avril 1898, dans le service de M. le professeur Carrieu, salle Martin-Tisson, lit nº 24.

Son père est mort, il y a huit ans, de cause inconnue. Sa mère se porte bien ; mais, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, elle serait d'un caractère fantasque et bizarre.

Le malade, lui-même, a toujours été faible de constitution. Une enquête, faite par le médecin-major, dans sa compagnie, n'a révélé rien d'extraordinaire. Cependant un de ses oncles qui est venu le voir pendant sa maladie nous a donné quelques

vagues renseignements. Mathieu avait un caractère étrange : il était taciturne, recherchait la solitude et ne fréquentait pas volontiers ses camarades. Il y a quatre ans, il a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, dont l'évolution a été normale et qui a parfaitement guéri. Pas d'alcoolisme.

La maladie actuelle a débuté, il y a environ trois semaines, par des douleurs vagues dans les jointures des membres inférieurs ; il avait mis, dit-il, des pantalons humides. Malgré cela, il est allé en permission à Pâques dans sa famille et, en revenant au corps, il s'est senti plus fatigué. Les douleurs sont devenues plus fortes et se sont disséminées dant toutes les jointures.

Nous nous trouvons en présence d'un individu de haute taille, à charpente solide et bien constitué.

A l'examen on voit un malade anémié, au teint blafard, avec un peu de bouffissure de la paupière inférieure. Les articulations prises sont les chevilles, les genoux, les poignets ; mais aucune n'est spécialement gonflée ni douloureuse. Il y a cependant un peu d'œdème autour des malléoles.

Au niveau de la région précordiale, on sent, à la palpation, que la pointe bat dans le quatrième espace intercostal. A l'auscultation, on entend un souffle ayant son maximum vers la pointe, couvrant la plus grande partie du premier temps et le petit silence, et se propageant dans la direction de l'aisselle.

C'est donc un souffle d'insuffisance mitrale. Le pouls est régulier, bien frappé ; ce n'est pas le véritable pouls mitral.

Il y a, de plus, de l'essoufflement et des palpitations ; mais les poumons sont sains.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La langue est bonne, l'appétit conservé et les selles régulières.

Le soir, la température est de 37° 4. On ordonne 3 gr. de salicylate de soude.

26. — Les douleurs sont moins violentes, le souffle moins intense. Le salicylate est suspendu.

27. — Douleurs dans le ventre. Deux selles dans la journée.

2 mai. — Les douleurs persistent dans les jambes, pas de fièvre. Salicylate de soude 3 gr.

4. — Les douleurs sont moins intenses.

6. — Le soir, aussitôt après le repas, surviennent des sueurs abondantes, surtout de 7 heures à 10 heures. On supprime le salicylate et on prescrit 0, 20 centigr. d'acétate de thallium en deux pilules à prendre à 5 h. et à 7 h. du soir.

7. — Les sueurs ont disparu.

8. — Au cœur apparaît un bruit spécial, que l'on n'avait pas encore observé, rappelant un piaulement ou plutôt un véritable sifflement et qui semble dû aux vibrations d'un cordage tendineux rompu à l'une de ses extrémités et flottant au niveau de l'orifice mitral.

Le soir du même jour, le malade a eu des sueurs très abondantes ; la sœur le change de linge. Brusquement, il est pris d'une poussée d'agitation extrême : il saute de son lit et s'élance, tête première, vers la fenêtre. Ce n'est qu'à grand' peine que ses camarades réussissent à le ramener à son lit et à l'y maintenir.

9 mai. — L'agitation a disparu, le malade est plus calme, mais il y a de l'oppression.

La langue est blanche, un peu sèche, la température normale. Ventouses sèches sur la poitrine, sinapismes sur les jambes, un verre d'eau de Sedlitz et X gouttes de solution au millième de digitaline cristallisée.

10. — L'état délirant persiste. Vers le soir, nouvelle poussée d'agitation. La température est de 37°.

11. — Etat plus calme, mais mutisme complet.

Le malade, les yeux fixes, le sourcil froncé, pousse de pro-

fonds soupirs. Il a de l'inquiétude dans le regard et paraît profondément angoissé. Il refuse de boire, croyant qu'on veut l'empoisonner, et, dans cette crainte, réclame les bols et les tisanes des autres malades. La langue est très sale, jaune, sèche, dépouillée par places. Ne va pas du corps et urine dans son lit. Le piaulement a disparu, mais le souffle de la pointe persiste, rude et accentué. Quelques râles d'œdème pulmonaire à la base droite. Pas de fièvre, mais le pouls est à 120. M. le professeur Carrieu ordonne deux bains à 28° de cinq minutes chacun avec affusion très froide de 12° à 14° sur la tête. Injection de 0,75 centigr. de caféine, 30 gr. d'huile de ricin.

12. — Les bains ont été bien supportés. Le matin, saignements de nez abondants. Le côté gauche n'est pas douloureux, mais il se plaint des jambes. Il répond mieux aux questions qu'on lui pose. On lui donne trois bains. Dans le courant de la journée, grande agitation. Impossible de lui faire prendre quoi que ce soit. « Ses camarades, dit-il, vont uriner dans son pot, et la sœur veut lui en faire avaler le contenu ». Il crache sur la sœur et jette son verre loin de lui. Le soir, un peu de fièvre, 38°,1. La nuit est mauvaise.

13. — Ce matin, il est plus calme que la veille, mais il ne veut pas desserrer les dents et il est impossible de lui arracher un seul mot.

La langue est nettoyée, le ventre est douloureux au niveau de l'ombilic, l'estomac est un peu en ptose. Même aspect mélancolique, le regard est fixe et les soupirs nombreux. La respiration est un peu précipitée.

On veut lui faire prendre du sulfonal et il proteste : « Des médicaments semblables, je ne crois pas qu'ils puissent me guérir, car ce ne sont pas des remèdes » L'alimentation est très difficile ; pour lui faire avaler un peu de bouillon ou de lait, on est obligé de lui écarter de force les arcades dentaires.

La température du matin est de 37°,2. Le pouls est rapide, petit, mou. Sulfonal 1 gr. 50 en deux cachets ; deux vésicatoires de 10/10 sur les genoux ; les bains sont supprimés.

14. — Malgré le sulfonal, il n'a pas dormi. Inquiétude très marquée. La veille, il a arraché ses vésicatoires ; on le torture, il est très malheureux et se croit mort : « Quand on est mort, on n'a pas besoin de remèdes ». Il pleurniche en contractant la face. L'après-midi, l'inquiétude est encore plus vive.

15. — Même état d'inquiétude ; cependant, il a consenti à se lever pour jouer aux cartes avec ses camarades.

16. — La nuit a été bonne. Pouls à 110. Il prend dans la journée 0 gr. 10 de sulfate de spartéine. Le soir, température de 37°,4.

17. — Insomnie complète la nuit précédente. Il a uriné dans son lit. La langue est sèche, fissurée, rouge à la pointe, il y a de la constipation. Le malade se lève et marche facilement ; il pousse continuellement de profonds soupirs, et entend des voix dans les armoires. Pas de fièvre (36°,6), pouls à 95, vibrant. A prendre immédiatement 30 gr. d'huile de ricin et, le soir, 1 gr. 50 de sulfonal en deux cachets.

20. — La veille, est survenue une poussée d'agitation furieuse ; on s'est vu obligé d'employer la camisole de force.

Ce matin, plus de calme. Au cœur, on entend de nouveau un sifflement qui disparaît par moments, indépendant du souffle, mésosystolique et ne se propageant pas vers l'aisselle. Son maximum est dans le 5e espace intercostal, en dedans de la ligne mammaire. Le malade urine toujours dans son lit. Les vésicatoires sont secs. Dans la journée, on lui donne deux bains prolongés à 39° et 30 gr. de sirop d'iodure de fer pour combattre l'anémie.

25. — Le malade va mieux ; il est plus calme, répond un peu mieux aux questions et commence à manger seul. Au cœur, le bruit musical est toujours très net. Cependant, il reste

toujours un certain degré de lypémanie, ainsi que des idées de persécution à forme professionnelle : il est persuadé qu'on lui a dérobé ses propriétés.

Cet état persiste, quoique semblant s'améliorer de jour en jour, et le malade est réformé le 6 juin et renvoyé dans ses foyers. Le moment du départ venu, il ne voulait pas quitter l'hôpital. Trois fois il est descendu de la voiture d'ambulance pour remonter dans la salle et venir s'asseoir silencieusement dans un coin. Interrogé par le médecin principal sur la raison de cet acte il répondit qu'il lui était inutile de partir, sous prétexte que sa mère et ses frères étaient morts et qu'on l'avait dépossédé de ses propriétés. A la gare d'arrivée, notre malade était attendu par son oncle qui le fait monter en voiture pour le conduire jusqu'à son village. Mais au moment où l'on s'y attendait le moins, il saute du véhicule et se sauve à travers champs: Plusieurs personnes se mettent à sa poursuite, le ramènent à grand'peine et se voient obligés de le ligotter pour le maintenir.

Dernièrement, nous avons demandé de ses nouvelles et le 3 juillet nous avons reçu de son oncle une lettre nous annonçant que Mathieu est toujours triste, pensif, ne parle à personne et recherche la solitude. Il refuse de manger et de se livrer à aucun travail ; par moments, nous dit-on, il semble avoir perdu complètement la raison. En somme, jusqu'à présent, son état ne semble pas s'améliorer.

### Observation III

(Forme chronique)

Publiée par M. le professeur Carrieu, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, décembre 1884 et janvier 1885.

Au mois de mai 1884, je donnais mes soins à Mme C..., atteinte d'un rhumatisme généralisé aigu des plus caractérisés.

Mme C... est une jeune femme de 33 ans, maigre, nerveuse, mère de trois enfants bien portants. Il y a six ans environ, elle a eu une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé ayant profondément atteint l'endocarde. A la fin de sa maladie, elle fut prise tout d'un coup d'hémiplégie gauche avec délire et agitation. Je ne vis la malade qu'après son attaque de paralysie ; il restait un peu d'hébétude, de la difficulté à s'exprimer, mais il n'y avait pas de délire. La paralysie du côté gauche était complète et s'accompagnait d'anesthésie absolue, non seulement dans les membres, mais à la face, à la conjonctive et à la langue. L'ouïe était affaiblie à gauche, la vue paraissait conservée ; mais nous ne fîmes pas à cette époque d'examen complet du champ visuel.

Nous portâmes le diagnostic d'embolie cérébrale due à l'endocardite rhumatismale et ayant supprimé la nutrition dans la région du pédoncule cérébral et du ganglion opto-strié.

Depuis cette époque, nous avons suivi la malade qui, à diverses reprises, a eu de légères atteintes de rhumatisme et des poussées d'endocardite qui ont toujours cédé au repos et aux préparations de digitale.

Il n'en restait pas moins un double souffle au cœur et au premier temps : l'un, à la pointe, plus rude, plus fort ; l'autre, à la base, plus doux, se continuant dans les gros vaisseaux et que l'on aurait pu, avec quelque raison, rapporter à l'anémie.

La paralysie commença à diminuer d'une façon notable, trois ou quatre mois après l'accident. Nous avons pendant de longs mois soumis la malade à des courants faradiques d'abord, puis à des courants continus. Au bout de deux ans environ, l'amélioration était telle que, non seulement la malade marchait sans aucune difficulté, mais qu'elle pouvait aussi s'habiller toute seule et s'occuper, sans trop de peine, à son métier de repasseuse. Il restait cependant un peu de raideur dans le poignet gauche, de l'atrophie de l'éminence thénar, et un cer-

tain degré de contracture des muscles de l'avant-bras. Ce qui était le plus pénible pour la malade, et ce qui la gênait surtout, était l'anesthésie persistante de la main gauche, car la sensibilité était à peu près revenue à la face et aussi au membre inférieur.

Il y a trois ans, Mme C... devint grosse et, à part un peu de gêne cardiaque, mena à bien grossesse, parturition et allaitement d'un gros garçon.

C'est quelques semaines après le sevrage, alors que les règles n'avaient pas encore reparu depuis avant la grossesse, que Mme C... commença à souffrir de douleurs dans le genou gauche d'abord, puis dans le droit, et bientôt dans d'autres articulations. Il y avait alors (5 mai) peu de fièvre : le pouls à 92, le thermomètre à 38°7, avec état saburral de la langue. Je donnais d'abord un purgatif en même temps que je prescrivais des onctions de baume tranquille et de la ouate sur les jointures, peu gonflées, mais assez douloureuses. Je fis prendre pour la nuit, 0 gr. 50 de poudre de Dower, que je continuais sans trop de succès pendant deux jours.

Le 7, la fièvre augmentait, 37°9 ; pouls à 106, petit, un peu irrégulier ; les douleurs étaient plus vives. Le cœur offrait un souffle mitral plus rude. Je donnais 3 gr. de salicylate de soude dans un litre de tisane de chiendent.

8. — Je prescris 4 gr. de salicylate ; le pouls est plus régulier, la douleur moins forte ; la fièvre tombe à 38°6 le soir.

10. — Le genou droit est seul assez douloureux, les autres articulations sont simplement endolories. Je fais appliquer un vésicatoire au genou droit, je supprime le salicylate ; continuez le chiendent nitré. L'amélioration persiste jusqu'au 13. Ce jour-là, la malade s'est assise sur son lit et s'est peut-être un peu refroidie. Il y a de la toux, de la dyspnée, des râles bronchiques ; la fièvre revient : 38°3 ; pouls 110, souffle rude au cœur ; les douleurs sont vives surtout dans l'épaule et le

bras gauche. Les douleurs sont si violentes que, le soir, je fais une injection de 1 centigr. de morphine. Un peu de repos est ainsi obtenu, mais la nuit est mauvaise. Je reviens au salicylate, 3 gr.

15. — Il y a un mieux sensible, le souffle cardiaque est moins fort, il y a aussi moins de dyspnée, un peu de congestion pulmonaire à la base du poumon gauche. Continuez le salicylate.

17. — La malade ne souffre presque plus ; elle peut se lever. Suspendre le salicylate de soude ; on insiste sur le lait, le vin, les bouillons.

18. — La malade fait une chute qui lui réveille un peu les douleurs de la jambe gauche, un peu plus faible qu'avant la maladie ; le bras gauche est aussi plus malhabile. Cependant, la malade paraissait entrer en convalescence, elle dormait bien, l'appétit revenait, quand, le 20 mai, à 11 heures du matin, elle est prise tout à coup, en se réveillant, de délire, d'agitation ; elle veut se lever, prononce des paroles incohérentes, ne répond pas aux questions, ne reconnaît personne et ne cesse de gesticuler et de vociférer. On applique aux membres inférieurs des sinapismes qui ne produisent aucun effet et ne paraissent même pas perçus. A mon arrivée, moins de deux heures après l'accident, je trouve la malade dans la plus violente agitation, mordant, frappant tous ceux qui sont à sa portée, criant et menaçant. La face est congestionnée, la voix rauque ; Mme C... ne me reconnaît point ; il m'est impossible de lui faire entendre raison. On la maintient de force et avec peine dans son lit. Je prends la température aussi exactement que possible, malgré les difficultés. La fièvre est peu élevée : T. 38°7 ; le pouls à 96, petit, irrégulier. Je constate un souffle plus prononcé à la base du cœur, avec des faux pas et des pulsations avortées.

Je note que le côté gauche est plus immobile que le droit ;

pas de déviations de la face, pupilles également dilatées ; je remarque, en outre, que non seulement la malade prononce des phrases incohérentes, mais même que les mots qu'elle veut dire sont incomplets et incompréhensibles. Ainsi, par exemple, elle répète souvent et avec une grande volubilité : cha-cha-cha..., comme si elle ne pouvait en dire davantage. Ce sont aussi presque toujours les mêmes mots ou les mêmes lambeaux de phrases qui reviennent sans qu'on puisse en découvrir la signification.

Je fais appliquer deux vésicatoires au cou-de-pied et je prescris une potion avec 3 gr. de bromure de potassium et sirop d'éther. En attendant les vésicatoires, on mettra des sinapismes aux deux poignets, puis aux genoux.

La nuit a été relativement plus calme. Mme C... a dormi quelques heures ; mais, au réveil, même délire et agitation. Un seul vésicatoire a pris au côté gauche ; par contre, le poignet droit est tuméfié et douloureux. T. 38°5 et P. à 92 le matin. Le soir, même état. Je fais une piqûre de morphine : T. 38°6, P. 96. La malade rejette la potion et ne veut rien prendre.

Ce n'est que par la force qu'on parvient à lui faire avaler un peu de bouillon et de vin.

22. — Même état. Il semble, cependant, qu'elle entend ce qu'on dit ; elle répète, en partie, des mots que l'on prononce devant elle. Il y a des moments de calme où elle ne se débat pas et ne crie pas. La température, prise une seule fois, est de 38°. Je donne du chloral, qu'elle accepte sans trop de répugnance.

23. — T. 38°,2 ; le pouls est à 80. Le délire est plus calme, il paraît avoir un but. La malade semble avoir peur de son mari.

Je remarque des mouvements convulsifs du côté droit de la face.

Les jours suivants, la malade est plus calme. Elle me recon-

naît, mais ne peut pas dire mon nom; la famille a du reste remarqué qu'elle disait des mots les uns pour les autres. Dès lors je note une véritable aphasie. La malade paraît souffrir du poignet droit et du genou gauche en particulier. Elle ne remue pas ces parties, se défend et se plaint quand on les touche. Je suspends le chloral, j'insiste sur les toniques. La température ne dépasse pas 37°,8 le 25 au matin. Dans la nuit du 26, l'agitation recommence. La malade est furieuse en s'éveillant, elle mord la garde, déchire ses draps, saute de son lit, on a de la peine à la recoucher. La fièvre revient T. 39,3; P. à 116. Je demande à avoir l'avis d'un spécialiste. M. le professeur Cavalier est tout d'abord désigné ; mais, par suite d'un malentendu, la consultation ne peut avoir lieu. Ce n'est que dans la soirée que mon collègue et ami, le Dr Mairet, peut voir la malade, qui est toujours très agitée. Il ne nie pas qu'il n'y ait des troubles circulatoires profonds dans l'encéphale, mais il pense être en présence d'une agitation maniaque, chez une nerveuse presque hystérique dont l'ovaire gauche est douloureux. Il craint que l'état mental ne se prolonge. Il conseille d'une part les toniques, de l'autre les calmants. Il ne croit pas que l'hydrothérapie puisse être de mise dans l'état. Nous prescrivons une potion de 2 grammes de chloral et 5 gouttes d'acide cyanhydrique médicinal ; du lait, du vin de quinquina.

Les médicaments n'ont été pris que de force, mais cependant l'agitation s'est un peu calmée. — Le lendemain, je suspends la potion.

Les jours suivants, l'amélioration est manifeste; il y a seulement une grande surdité à gauche et beaucoup d'insomnie, mais la malade est calme. Elle ne s'agite que sous l'influence d'une contrariété. Je fais prendre tantôt du chloral, tantôt de la morphine ; les douleurs ont à peu près disparu. Je ne vois du reste la malade que de loin en loin. Je lui fais prendre du quinquina, du fer ; je la fais sortir au grand air, je fais prendre

des bains de pied sinapisés ; je constate que les idées reviennent peu à peu, presque parallèlement à l'amélioration de l'ouïe.

Un notable progrès survient à la fin juin, époque à laquelle la malade a, pour la première fois, ses règles ; mais il reste pendant assez longtemps des douleurs de tête tenaces, fixes, de la faiblesse dans le côté gauche et, en même temps, de l'aphasie caractérisée par la difficulté qu'a la malade à trouver le mot propre qui convient à sa pensée. Elle dit souvent un mot pour un autre quand elle est obligée d'exprimer une idée, mais elle répète parfaitement le mot juste qu'une personne prononce en sa présence. Elle a réappris assez vite le nom des objets usuels ou des personnes dont on lui parle d'habitude, mais encore elle se trompe pour les choses ou les personnes qui lui sont peu familières. Les sentiments affectifs de la malade se sont aussi bien modifiés. Au début, elle n'avait qu'indifférence ou irritation envers sa famille, ses enfants. Depuis plusieurs mois déjà, elle a commencé à s'occuper des soins du ménage et de ses enfants. Elle dirige assez bien ses affaires, mais ses parents me disent qu'elle est restée plus susceptible, plus nerveuse, plus impressionnable que par le passé.

Au point de vue physique, elle a repris son embonpoint d'autrefois. Ses règles sont peu abondantes et en retard ; mais elle n'est pas, cependant, anémique. Un double bruit de souffle persiste au cœur sans que la malade en soit plus incommodée qu'avant sa dernière maladie ; le côté gauche est toujours parésié et anesthésié, mais la malade s'en sert, cependant, sans trop de difficulté.

## DIAGNOSTIC

En général facile, le diagnostic est fondé principalement sur l'apparition soudaine de délire ou de coma dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Cependant, un certain nombre d'affections peuvent prêter à confusion.

Le délire alcoolique, *delirium tremens*, ressemble beaucoup à certaines formes d'encéphalopathie rhumatismale ; les antécédents seulement permettront d'en faire la distinction. Mais si les deux sont réunis sur le même sujet, il deviendra très difficile de faire la part de l'un et de l'autre.

L'*urémie convulsive et comateuse* peut aussi donner lieu à des méprises, mais nous aurons, pour la dépister, la présence d'albumine dans les urines et l'absence de douleurs articulaires antérieures.

Le diagnostic de la forme aiguë avec certaines formes de *méningite grippale* peut présenter des difficultés. Dans cette affection, en effet, on rencontre souvent au début des douleurs dans les lombes et les membres, et lorsque les accidents cérébraux se déclarent, ils ne diffèrent pas beaucoup de ceux de l'encéphalopathie rhumatismale. On se basera surtout sur les caractères et le siège des douleurs qui sont diffuses dans la grippe et sur l'existence d'une épidémie grippale.

L'*hémorragie cérébrale* sera impossible à distinguer de la forme suraiguë du rhumatisme cérébral. Ce n'est que la marche ultérieure de la maladie qui permettra de faire le diagnostic.

Il faudra se garder aussi de confondre les accidents cérébraux qui nous occupent avec le délire modéré, sans convul-

sions ni stupeur qui survient quelquefois dans le cours d'un rhumatisme hyperpyrétique. Ce délire est semblable à celui des autres maladies infectieuses et ne tardera pas à disparaître avec la chute de la température.

La forme chronique pourrait, dans certains cas, être prise pour du *délire chronique* ou *delire des persécutions*. L'existence antérieure ou actuelle de manifestations articulaires sera un précieux élément de diagnostic. La marche de la maladie tranchera, d'ailleurs, toutes les difficultés, la guérison étant une exception dans le délire chronique, tandis qu'elle est la règle dans la folie rhumatismale.

## MARCHE, PRONOSTIC

La marche et le pronostic sont variables suivant les formes de la maladie.

La forme suraigüe ne pardonne jamais, et la mort arrive au bout de quelques instants, de quelques heures, d'un ou deux jours au plus.

La forme aiguë a une durée qui oscille entre deux jours et deux semaines environ. Le pronostic est très sévère, mais il peut, dans certains cas, laisser de l'espoir au médecin. D'après Fox il dépend de la marche de la température. La guérison peut survenir soit spontanément soit sous l'influence de la thérapeutique.

La forme chronique est beaucoup moins grave que les deux précédentes ; sa marche est lente et sa durée très variable.

Généralement le délire, d'abord très accentué, s'atténue graduellement, et le malade peut récupérer sa santé et ses facultés intellectuelles au bout d'un temps plus ou moins long,

un, deux, et plusieurs mois. D'autres fois, au contraire, la folie rhumatismale laisse à sa suite un affaiblissement de l'intelligence plus ou moins profond qui peut confiner à la démence. La mort a lieu rarement, mais, quand elle survient, elle succède aux progrès de la cachexie.

# CHAPITRE IV

## TRAITEMENT

Au terme de cette étude, une question des plus importantes se présente, c'est celle des indications et du traitement. Les indications devraient surtout se tirer de la pathogénie de l'encéphalopathie rhumatismale. Or, comme nous l'avons vu, cette pathogénie donne lieu à trop de controverses encore, pour qu'on puisse établir d'après elle un mode sérieux de traitement. Tout en tenant compte des diverses opinions émises à ce sujet, c'est donc aux symptômes qu'il faudra s'adresser particulièrement.

Et tout d'abord est-il possible de prévenir l'explosion des accidents cérébraux ? Dans certains cas, nous avons vu qu'ils s'annonçaient par des prodromes, céphalée, rêvasseries, sueurs profuses, élévation thermique considérable. Il est nécessaire de rechercher ces signes avec beaucoup de soin et de se persuader qu'ils sont le prélude des complications les plus redoutables. Il faudra donc, dès leur apparition, se tenir sur ses gardes et supprimer le salicylate de soude qui, comme nous l'avons dit, peut favoriser la congestion de l'encéphale et de ses enveloppes Nous croyons aussi qu'il est indispensable de cesser l'emploi, en applications locales, du salicylate de méthyle, médicament qui tend à entrer de plus en plus dans la pratique. Enfin, si la température s'élève d'une façon anormale

dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, l'usage des bains froids sera tout indiqué, en tant que moyen préventif.

Lorsque les accidents sont constitués, les indications et le traitement varient selon les formes de la maladie. Le même traitement convient aux formes suraiguë et aiguë, la forme chronique réclame une thérapeutique spéciale.

*Formes suraiguë et aiguë.* — La médication balnéaire domine la thérapeutique de ces deux formes ; mais avant d'entrer dans l'étude des bains froids, il nous semble convenable de décrire certains moyens encore employés et dont l'efficacité ne saurait être mise en doute. Au moment où se déclarent les accidents cérébraux et où l'inflammation paraît abandonner les articulations pour se porter vers l'encéphale, il y a indication, en vertu de la théorie de la métastase, à chercher à ramener l'inflammation à son point de départ. Un bon moyen d'arriver à ce résultat est l'application de vésicatoires sur les articulations primitivement atteintes. Il faudra, d'autre part, essayer de décongestionner le cerveau et ses enveloppes par l'application, sur les membres inférieurs, de cataplasmes sinapisés. Enfin, si les troubles cardiaques sont assez accentués pour faire croire à un trouble profond de la circulation cérébrale, la digitale et les autres toni-cardiaques pourront trouver leur emploi. Mais, si les accidents ne s'amendent pas, si, en particulier, la température n'a aucune tendance à s'abaisser, ces moyens ne suffiront pas et les bains froids devront être donnés sans retard.

L'emploi de la médication réfrigérante dans le traitement du rhumatisme cérébral entra dans la pratique avec les travaux des auteurs anglais Wilson Fox, Sidney Ringer ; elle ne tarda pas à se répandre en France, où elle fut préconisée et vulgarisée par Maurice Raynaud, Féréol, Blachez, Dujardin-

Baumetz. Nous n'y insisterons pas longuement, son histoire étant maintenant bien connue.

La plupart des auteurs ne l'emploient que lorsque la température atteint ou dépasse 39°5 à 40° ; d'autres y ont recours même lorsque l'élévation thermique est moins considérable. Certains préfèrent les bains très froids, 20° et au-dessous ; d'autres les bains de 25°. Actuellement, on a de la tendance à employer les bains tièdes progressivement refroidis. Quant à la durée à donner à chaque bain, elle ne peut être déterminée d'une façon rigoureuse ; elle varie selon l'effet produit, selon la résistance du sujet ; on peut dire, cependant, qu'elle est susceptible d'osciller entre dix et soixante minutes. Le nombre à en donner dans la journée dépend de l'élévation de la température, de l'intensité des phénomènes nerveux et de la durée d'action de chaque bain. Les effets sont surtout marqués sur l'hyperthermie ; la température s'abaisse de 1°, 2°, et quelquefois plus. Les troubles cérébraux se calment ensuite.

Bien que cette méthode échoue quelquefois, surtout dans la forme suraiguë, ses résultats n'en sont pas moins excellents dans un grand nombre de cas et justifient la considération dont elle jouit.

*Forme chronique.* — L'hyperthermie, nous l'avons vu, constitue la principale indication de la balnéothérapie. Or, dans la forme chronique du rhumatisme cérébral, l'hyperthermie passe au second rang ; la fièvre, en effet, est peu élevée ou nulle, les troubles cérébraux dominent. Cependant, le début ressemble souvent à celui des formes suraiguë et aiguë : c'est la même excitation cérébrale, accompagnée, quelquefois, d'une élévation considérable de la température. Dans ces cas, nul doute que les moyens dont nous avons parlé précédemment ne doivent être mis en pratique ; les bains froids seront indiqués et devront être donnés selon les mêmes règles. Mais lorsque la

chronicité s'est établie, les indications ont naturellement changé. Quels sont, en effet, les symptômes dominants de cette forme chronique? C'est, tout d'abord, un délire triste, mélancolique, entrecoupé de périodes d'agitation ; il y a, de plus, de l'insomnie, de l'anémie, et une tendance marquée vers l'amaigrissement et la cachexie, due à l'insuffisance de la nourriture par crainte de l'empoisonnement.

Contre le délire, on pourra employer, tout d'abord, des moyens destinés à décongestionner l'encéphale, les vésicatoires sur les articulations anciennement malades, les sinapismes sur les membres inférieurs, le calomel à l'intérieur pour faire de la révulsion intestinale.

Bien que la balnéation soit ici reléguée au second rang, elle constituera, dans certains cas, une ressource précieuse. Le mode d'administration des bains varie suivant que le malade est dans la période d'excitation ou de dépression. Lorsque l'on a affaire à une poussée d'agitation, sans fièvre, comme nous l'avons constaté plusieurs fois chez notre malade de l'observation II, les bains tièdes seront indiqués ; on les donnera à la température de 39° et leur durée variera suivant l'intensité de l'agitation et la résistance du sujet. Il sera bon de faire, à la sortie, une affusion très froide sur la tête et le cou. Dans la journée on pourra donner un, deux ou plusieurs bains selon les cas. Lorsque, au contraire, le malade sera dans une période de dépression, l'hydrothérapie froide devra être préférée ; les bains à 25° ou au-dessous, de courte durée et répétés plusieurs fois dans les 24 heures, seront bien supportés.

Contre l'insomnie, si fréquente en pareil cas, le chloral et, s'il y a des lésions cardiaques, le sulfonal pourront procurer un sommeil réparateur.

L'anémie sera tributaire du fer. Enfin, au défaut d'alimentation, qui, nous l'avons vu, est le résultat logique d'idées de persécution, on opposera tout d'abord des moyens moraux ;

on s'efforcera d'obtenir la confiance du malade et de l'amener à s'alimenter.

Si l'on ne réussit pas par la douceur, on sera autorisé à employer la violence, à ouvrir de force les arcades dentaires du malade et à lui faire avaler les aliments les plus nourrissants sous une forme liquide. Nous insistons particulièrement sur la nécessité de cette alimentation, même forcée ; c'est par elle seule qu'on pourra relever les forces du malade et prévenir la cachexie.

Les reconstituants et les toniques tels que les vins de quinquina, de kola, de coca trouveront aussi leur emploi. Ces moyens suffiront le plus souvent, car la folie rhumatismale tend naturellement vers la guérison. Cependant si l'on échoue, si le maladie, au lieu de s'amender, s'achemine vers la démence, la question de l'internement dans un asile d'aliénés pourra être agitée.

## CONCLUSIONS

I. — La pathogénie du rhumatisme cérébral est encore peu connue. Toutes les théories semblent contenir chacune quelque chose de vrai, mais aucune n'est capable à elle seule de tout expliquer.

II. — Il convient de distinguer trois formes d'encéphalopathie rhumatismale, une forme suraiguë, une forme aiguë et une forme subaiguë ou chronique. Cette division est fondée sur la marche et le pronostic, qui diffèrent pour chacune de ces formes.

III. — Le traitement devra être surtout symptomatique. Il est dominé par la balnéothérapie froide, à laquelle on pourra adjoindre certaines médications adjuvantes. Dans la forme chronique, cependant, les bains passent au second plan ; l'alimentation, les toniques devront tenir la première place.

---


Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 juillet 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1898
Le Doyen,
L. VIALLETON.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


A. Guérin. — Thèse de Montpellier, 1807.
Chomel et Requin. — Clinique Médicale, Paris, 1837.
Bouillaud. — Traité cliniq. du rhumat. articulaire aigu, Paris, 1840.
Hervez de Chégoin. — Gazette des Hôpitaux, 1845.
Gosset. — Société Médicale des Hôpitaux, 1851.
Bourdon. — Union Médicale, 1851.
Vigla. — Archives générales de Médecine, 1853.
Mesnet. — Eodem loco, 1856.
Gubler. — Eodem loco, 1857.
G. Sée. — Union Médicale, 1857.
Bourdon. — Eodem loco, 1860.
Girard. — Thèse de Paris, 1862.
Trousseau. — Clinique Médicale, 1865.
Ollivier et Ranvier. — Mémoires de la Société de Biologie, 1865.
Ball. — Thèse d'agrégation, 1866.
Fernet. — Thèse de Paris, 1866.
Wilson Fox. — The Lancet, 1871.
Raynaud. — Journal de Thérapeutique, 1874.
Féréol. — Gazette hebdomadaire, 1874.
Raynaud. — Union Médicale, 1875.
Blachez. — Gazette hebdomadaire, 1875.
Féréol, Dujardin-Beaumetz. — Union Médicale, 1875.
Sidney Ringer. — Brit. med. Journal, 1875.
Vaillard. — Gazette hebdomadaire de Médecine, 1876.
Mareschal. — Thèse de Paris, 1876.
Raynaud. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1880.

Debricon. — Thèse de Paris, 1881.
Chabert. — Thèse de Montpellier, 1884.
Rocheblave. — Thèse de Montpellier, 1885.
Legrand du Saulle. — Gazette des Hôpitaux, 1886.
Bouchard et Charcot. — Traité de Médecine.
Grasset et Rauzier. — Maladies du système nerveux.
Debove et Achard. — Manuel de Médecine.
Dechambre et Jaccoud. — Dictionnaire. (Article Rhumatisme).

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*